ITEM 355 : HÉMORRAGIE DIGESTIVE

Etiologies

Épidémio
Rang B LiSA
Rang A HGE

- 145 cas/100 000 h ; age moyen **70 ans**
- **80% origine haute** avec 3 à 10% de mortalité ; dont 30% sur UGD (2,5-5% de décès) et 10-20 % hémorragie par HTP (10-20% de décès à 6 semaines)
- **20 % origine basse** avec 2 à 8% de mortalité et 70% d'arrêt spontané mais récidive fréquente ; 90 % d'origine colo/ano-rectal. La récidive est fréquente.

Hémorragie digestive haute

80%

= **En amont de l'angle duodéno-jéjunal de Treitz** (= distinction anatomique, mais attention une hémorragie dig haute peut s'extérioriser par l'anus, il s'agirat tjrs d'une hémorragie digestive haute)
- **Ulcère gastro-duodénal** (30-60%)
- Sur hypertension portale (3-20%) : **varice oesophagienne** ou **cardio-tubérositaire**, **gastropathie hypertensive**, **ectasies vasculaires antrales**
- **Erosions gastro-duodénales** (7-20%)
- **Oesophagite** ou **gastrite** (1-10%) **:** peptique, radique ou caustique
- **Cancer de l'estomac** ou **de l'œsophage** (1-5%) : *terrain K oeso = tabac/OH/RGO ; K gastrique = atcdt fam/H. Pylori*
- **Syndrome de Mallory-Weiss** : lacération longitudinale muqueuse par un effort de vomissement
- **Ulcération de Dieulafoy** (1%) : ulcération muqueuse en regard d'une artère sous-muqueuse dilatée
- Autres (rares) : malformation vasculaire, hémobilie, wirsungorragie, fistule aorto-digestive

Hémorragie digestive basse

20%

Colorectale ou anale *90%*	- **Maladie diverticulaire** (30-40%) - **Tumeur colique** ou **rectale** bénigne ou maligne - **Ectasie vasculaire** = **angiodysplasie colique** - **Maladie hémorroïdaire** - **Colite ischémique** ou **infectieuse** - **MICI** : RCH, Crohn - **Rectite radique** - **Ulcération traumatique rectale** - **Fissure anale**
Intestin grêle (5-10%)	- **Angiodysplasie** - **Ulcération** - **Lésion tumorale** - **Diverticulose** - **Diverticule de Meckel** - **Maladie de Rendu-Osler**
Autre	- Extériorisation basse d'une hémorragie digestive haute
Enfant	- Principale cause de rectorrage = fissure sur constipation - Nné : entérocolite nécrosante (prématuré), diarrhées infectieuses (campylobacter) - Nourrisson et enfant : → 2 diagnostics urgents : invagination intestinale aigue, diverticule de Meckel → Autres causes, colites et diarrhées infectieuses, maladie de Crohn (grand enfant), causes traumatiques

Révélation

- **Anémie ferriprive** en cas d'**hémorragie occulte** : anémie hyposidérémique arégénérative hypochrome
- **Hématémèse** : hémorragie extériorisée lors d'un effort de vomissement → origine haute
- **Méléna** : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide → origine haute (80%) ou basse, **en amont de l'angle colique droit**
- **Rectorragie :** émission par l'anus de sang rouge vif NON mélangé aux selles → origine basse ou haute massive
  → Rectorragies sans diminution de l'Hb (le + souvent) : majoritairement d'origine anorectale, non urgent sauf si saignement continu
  → Rectorragies avec diminution de l'Hb : hémorragies digestives hautes avec état de choc (urgence ++) ; hémorragies digestives basses (sans état de choc le plus souvent)
- **Hématochézie** : émission par l'anus de sang rouge vif mélangé aux selles
- **Choc hémorragique** sans extériorisation de sang : évoquer une hémorragie digestive (notamment haute)
- DD : hémoptysie, épistaxis post déglutie, saignement gingival, faux sang (vomissement vin, betteraves…), saignement gynéco chez la femme, coloration rouge/noirâtre des sels sur prise de fer PO…

Démarche diagnostique

Hémorragie digestive haute

FDR : **médicaments** (AINS, anti-COX-2, aspirine, AGGP, ACG, sérotoninergique) et **Hélicobacter Pylori**
- **Présence de sang sur la sonde naso-gastrique** : **rouge vif** si saignement actif, **coloré** si semi-récent
→ L'absence de sang n'élimine pas formellement une hémorragie haute (notamment duodénale)
- ATCD d'ulcère, douleur épigastrique, prise d'AINS → ulcère gastro-duodénal
- Contexte de cirrhose (ictère, angiome stellaire, circulation collatérale, ascite…) → rupture de varice
- Vomissements précédant les saignements → syndrome de Mallory-Weiss
- ATCD familial K gastrique, infection H. Pylori, épigastralgie, anorexie/amaigrissement →K gastrique
- Tabac, OH, RGO, dysphagie → K oesophagie
- Prothèse aorte abdominale, anévrysme aorte abdominale, état de choc → fistule aorto-duodénale

	Hémorragie digestive basse	- Contexte : modification récente du transit, prise de médicament (AINS), traumatisme, corps étrangers… - Séquence symptomatique **douleur brutale** suivie d'une **diarrhée sanglante** : **colite ischémique** - notion de **traumatisme ano-rectal** - **Palpation** (masse abdominale) et **TR** - **Si déglobulisation :** rechercher les **mêmes causes** que l'hémorragie digestive **haute** (cause rarement basse) - ATCD proctologique, constipation, sang sans déglobulisation → proctologique - Terrain vasculaire, AINS, aspirine, troubles du rythme cardiaque, diarrhées → colite ischémique - Sujet jeune, hémorragie basse grave → diverticule de Meckel
	Bio	NFS, ionogramme, créatininémie, hémogobinémie, groupe Rh RAI, hémostase (TP, TCA, plaquettes)
	Toute hémorragie digestive relève d'une exploration endoscopique en 1ère intention	
	Endoscopie oeso-gastro-duodénale	→ En **urgence immédiate** si signe de **gravité/instabilité HD,** dans les **12h** si suspicion de rupture de **varices œsophagiennes** ou en **urgence différée dans les 24h si stable** - En 1ère intention si : suspi d'hémorragie digestive haute (hématémèse, méléna) ou toute hémorragie digestive basse avec mauvaise tolérance (déglobulisation, instabilité HD…) - Chez un patient stable sur le plan hémodynamique (sinon réaliser un TDM injecté en 1ère intention) - Préparation (vidange gastrique) : **érythromycine 250 mg** IVL 30 minutes avant (après vérification du QT à l'ECG : risque d'allongement du QT torsade de pointe) ou **SNG en aspiration** - Idéalement sous anesthésie, avec intubation oro-trachéale - Diagnostic : origine haute des saignements - Thérapeutique : **clip hémostatique, sclérose** (injection de sérum adrénaliné), **coagulation, ligature**
	Endoscopie basse	- Habituellement **pas en urgence,** après préparation si possible ++ - **Rectosigmoïdoscope** : en 1ère intention si rectorragie non massive et coloscopie totale impossible - **Coloscopie totale** + **iléoscopie** : en 2nd intention après endoscopie oeso-gastro-duodénale et rectosigmoïdoscopie normales, sous AG *« Rectorragies bien tolérée = urgence **différée** : coloscopie avec préparation optimale »*
	Autres	- **Scanner abdominopelvien injecté** : visualisation d'un saignement actif → en urgence en cas d'hémorragie massive avec endoscopie négative (guide une embolisation artérielle radiologique) NB : examen d'imagerie notamment en coupe : pas utile dans majorité des cas, seulement en 2nde intent° - **Vidéo-capsule** : discutée si endoscopie haute et coloscopie négatives → recherche une origine grêlique
Pronostic	→ **Le saignement cesse spontanément dans 80% des cas** : le but du traitement est de stopper un saignement encore actif et d'éviter la récidive hémorragique précoce - **Facteur de bon pronostic** : absence d'anémie, de méléna, de cardiopathie, de maladie hépatique, PAS > 100 mmHg, fréquence cardiaque < 100 bpm → risque de récidive < 5%	
PEC urgente	Gravité	- **Retentissement hémodynamique** (principal critère de gravité) : FC, PA, malaise syncopal, signes de choc : *pâleur, sueurs, lipothymie* - **Terrain** : âge, hypertension portale, cardiopathie évoluée, antiagrégant/anticoagulant - **Baisse de l'Hémoglobine** à la phase initiale (attention l'Hb et l'Hte peuvent sous-estimer initialement la gravité d'une hémorragie aiguë) → La quantité de liquide sanglant extériorisée est un mauvais critère de jugement → Rectorragies avec déglobulisation, méléna ou hématémèse = tjrs des **urgences**
	→ **Hospitalisation** de tout patient présentant une hémorragie digestive (sauf d'allure proctologique) - Mise en conditions : **VVP**, **oxygénation** avec surveillance de la saturation, **mise en réserve de culots globulaires** - Bilan biologique en urgence : **NFS, groupage sanguin, RAI, bilan d'hémostase, ionogramme, créatininémie +/- gaz du sang** (selon l'état clinique) - **Compensation par cristalloïdes** et **culots globulaires** si retentissement hémodynamique *Objectifs selon recommandation SFAR : PAS > 100, Fc < 100, Diurèse > 30 ml/min, Hb entre 7-9 g/dl (> 9 si maladie cardio-respiratoire ou choc, 7-8 en cas d'hypertension portale)* - **SNG** seulement si vomissements incoercibles, troubles de conscience ou doute diagnostique → à éviter en cas de suspicion de varice œsophagienne - Pour hémorragie haute : fréquence des 2 principales causes (HTP et UGD) oblige souvent à démarrer en **probabiliste avant l'endoscopie** haute les traitements IV (IPP et traitement vaso-actifs) sauf orientation diagnostique formelle ***« Toute hémorragie digestive relève d'une endoscopie en 1ère intention (en urgence ou non selon contexte) »***	

<table>
<tr><td rowspan="6">Prise en charge spécifique en charge spécifique spécifique</td><td rowspan="4">Ulcère gastro-duodénal</td><td rowspan="3">Période initiale</td><td>TTT médical = anti-sécrétoire = IPP</td><td>- IPP en IV si signes de gravité : bolus de 80 mg puis forte dose 20 mg/h pendant 48 à 72h puis relai PO
- IPP en PO à pleine dose en l’absence de signe de gravité : poursuivi pendant 3 à 6 semaines</td></tr>
<tr><td>TTT endoscopique</td><td>= Thermocoagulation (sonde thermique ou plasma d’argon) et/ou pose de clips : si saignement actif, caillot adhérent ou vaisseau visible</td></tr>
<tr><td>Dernière intention</td><td>= Traitement radiovasculaire (embolisation) ou chirurgical : en cas d’hémorragie non contrôlable ou récidivant rapidement sous TTT médical</td></tr>
<tr><td>TTT préventif</td><td colspan="2">- Eviction des traitements gastro-toxiques
- Rechercher et éradiquer Helicobacter pylori
- Rediscuter l’indication d’uun traitement préventif sous AINS, AGGP ou anticoagulant</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Hyper-tension portale</td><td>Période initiale</td><td colspan="2">- Ne pas viser une pression artérielle trop élevée : objectif de PAM ~ 65 mmHg
- Médicament vasoactif IV systématique pendant 5 jours : somatostatine, terlipressine, ocréotide
- Hémostase endoscopique (VO) : ligature des varices oesophagogiennes et/ou sclérose à la colle des varices gastriques
- Antibioprophylaxie systématique par norfloxacine ou céfotaxime ou amoxicilline-acide clavulanique pendant 7 jours, après bilan infectieux : prévention de la surinfection d’ascite
- Laxatif osmotique (lactulose) : prévention de l’encéphalopathie hépatique
- IPP en bolus puis IVSE systématique : favorise l’hémostase gastrique
- Hémorragie non contrôlable/récidivante : shunt porto-systémique intra-hépatique = TIPS sous contrôle radio ou anastomose porto-cave chirurgicale
→ Risque de récidive maximal dans les 5 premiers jours</td></tr>
<tr><td>TTT préventif</td><td colspan="2">- Séances de ligature jusqu’à disparition des varices
- β-bloquant non cardio-sélectifs (propanolol, nadolol, carvedilol) à dose efficace</td></tr>
<tr><td colspan="2">En cas d’échec de traitement endoscopique</td><td colspan="2">- Sonde de tamponnement oesophagienne de Blakemore ou de Linton en cas de saignement oesophagien (rupture de varice) ou d’ulcère du cardia : contrôle temporaire, maintenue < 24h (risque de complication pulmonaire ou de rupture oesophagienne)
- TTT radiologique :
. Angio-TDM abdominopelvien avant artério-embolisation
. Shunt porto-systémique intra-hépatique = TIPS si rupture de varice
- TTT chirurgical : oesophagectomie, gastrectomie ou colectomie d’hémostase</td></tr>
</table>